

総 説

イギリスの高齢者医療福祉サービスの現状と課題
—中間ケアに関する文献検討から—Health and Social Care Services for Older People in UK :
Literature Review of Intermediate Care青木由美恵¹⁾

Yumie Aoki

キーワード：中間ケア、医療福祉サービス、高齢者、イギリス

Key Words : intermediate care, health and social care service, older people, UK

本稿は、イギリスの中間ケアにおける高齢者医療福祉サービスの現状と課題を明らかにすることを目的として海外文献を検討した。EBSCOhost, ProQuest Medical Library, Pubmedを使用し、2000年～2008年の文献を検索した。選定した17文献を検討した結果、中間ケアの長所として、①不必要な入院の回避、②サービス提供体制と活用、③高齢者の自立促進機会、④多職種連携により専門性発揮の機会、⑤急性期医療の費用抑制効果、などが認められた。また、課題としては、①医療と福祉の連携、②長期ケアへのスムーズな移行、③財源難によるサービスの供給不足、④評価基準の偏り、などがあった。イギリスの中間ケアにおける高齢者医療福祉サービスの連携は、類似制度や財源の在り方の検討、多職種連携の推進による中長期的視野からのアプローチなどの特徴をもっており、わが国の医療福祉が直面する状況に今後の方向性を示唆していた。

I はじめに

わが国の看護を取り巻く状況は、急速に変化している。現在は、2005（平成17）年12月に取りまとめられた「医療制度改革大綱」の基本的な考え方を踏まえて、医療費適正化が総合的に推進されている¹⁾。平成20年度からの中期的な医療費適正化計画（5年計画）では、「平均在院日数の短縮」と「生活習慣病予防の徹底」が取り組まれている。平均在院日数の短縮にむけた基本的な方向は、「各都道府県は、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態で時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、療養病床の転換支援の取り組みを行う」とされる。しかし、急性期から療養、介護等に関する具体的な連携体制は不十分であり、急性期病院では慢性的に患者の受け入れ困難が起きている。療養病床の老人保健施設や居住系サービスへの転換も進んでいない。しかも、高齢化と家族形態の変化に伴い家族介

護力が低下する中で独居高齢者は増加し、在宅医療と介護サービスの質・量ともに不十分な為に在宅療養は困難な状況にある。

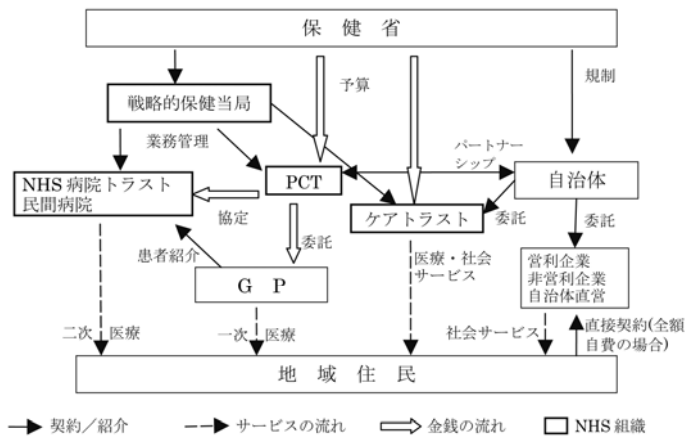
このような人口の高齢化と医療費の増大は先進諸国にも共通した問題である。イギリスでも財政難に対応するために医療制度改革が進められている。本稿で取りあげる中間ケアもその一部である。

現在のイギリスの医療福祉サービスに関する組織とサービス提供の仕組みの概要をみておこう（図1）。まず医療は、1948年から国民保健サービス法（National Health Service Act : NHS）により運営され、国税により原則無料で、保健省が責任をもって、予防やリハビリテーションサービスを含む包括医療を供給する。現在、その制度は一次医療と二次医療に分けられ、前者の担い手は一般家庭医（General Practitioner : GP : プライマリケア専門医で日本の開業医とは異なる）であり、後者は病院（専門医）に明確に区別される。一次医療であれば、プライマリケア・トラスト（Primary

Received : November. 30, 2008

Accepted : March. 6, 2009

1) 横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域



*2010年終りまでに、全てのNHSトラストは公益法人である「ファウンデーション」となり、保健省の管轄外にある独立規制官の管轄に入ることが予想されている。
(出典) 伊藤善典：2006²⁾より改変

図1 医療福祉サービスに関する組織とサービス提供の仕組み

Care Trust : PCT) がGPと契約を結び、二次医療であればPCTがNHS病院トラストまたは民間病院と契約する。ケアトラスト (Care Trust) はNHS組織ではあるが、自治体との合意のもとで設立され、医療と社会サービスの双方を担当する。戦略的保健当局は人口約150万人ごとに設置され、地域の医療サービスについての戦略の構築、整合性の確保などの責務を有する。

わが国の福祉サービスに相当する社会サービス（住宅供給を含む）は、地方自治体により実施されている。利用者の選択と契約によりサービスは提供され、全額自己負担が原則である。自治体は社会サービス提供のための責任（購入が役割：購入者－提供者分離の原則）、財源と権限を有し、財源の大半は一般財源である。これに対し、国は規制やルールを整備する。

1980年代以降サッチャー政権下で行われた市場原理を優先する医療費抑制政策により、サービス供給量と質の低下、膨大な入院待機者など、平等にサービスを提供する理念さえ崩壊しかねない状況に陥った。1990年「NHSおよびコミュニティケア法 (National Health Service and Community Care Act)」は、NHSの管轄範囲を厳格化し、退院後の自宅介護等の地域ケアを地方自治体の社会サービス部門の管轄下においた（2001年以降ナーシングホームでの看護ケアのみNHSサービス）。しかしNHSと社会サービス部門との連携は進まず、退院が遅延した場合の負担は前者のみが負われていた。

1997年に発足した労働党ブレア政権では、最優先課題としてNHS改革に取り組んだ。2000年7月「NHSプラン (The NHS Plan : a plan for investment ; a plan for reform³⁾)」で中間ケアを提案し、そのために大規模な投資を行った。中間ケアの目的は、急性期病院への不必要な入院の回避または退院の促進により、高齢者の自立生活を最大限にサポートすること、急性期医療のための資源の効果的活用を可能にすることなどにあった。中間ケアは2001年には「全国高齢者

のためのサービス枠組み (National Service Framework for Older People⁴⁾ : NSF)」で政策として具体化した。この中で5つのサービスモデルとして、①入所リハビリテーション、②支援された退院、③在宅（集中）医療サービス (Hospital at home)、④通所リハビリテーション、⑤迅速なサービス提供（24時間以内のアセスメント・計画立案と介入）、が定められている（図2）。サービス提供の場により分類すると、①が施設型、③～⑤が在宅型、②が両タイプ、といえる。中間ケアの提供主体は、NHS病院トラスト、PCT、ケアトラストなどのサービス提供組織である。対象者は不適切な入院の危険性がある人で、そのほとんどは高齢者である。サービス期間は通常1～2週間、最長でも6週間以内に終了するように制限されている。

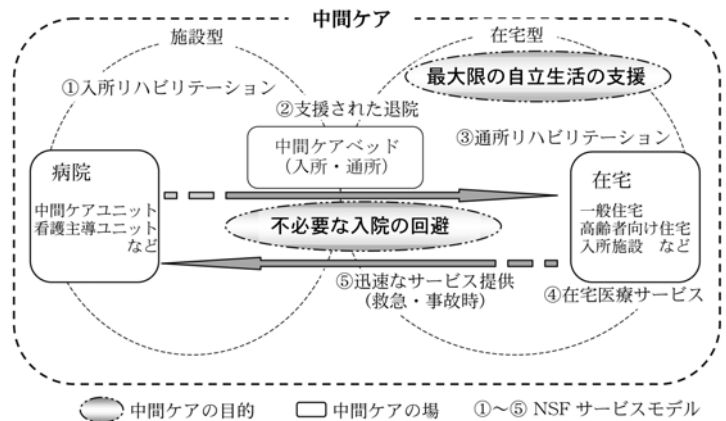


図2 中間ケアと5つのサービスモデル（筆者作成）

中間ケアの取り組みの推進のために、2003年「コミュニティケア（退院遅延等）法 (Community Care [Delayed Discharges Etc.] Act)」を新たに制定した。同法は社会サービス部門のサービス確保の責任（ニーズ主導のケアマネジメントとサービスの購入）を強化し、退院患者を2日以内に受け入れられない場合の一日単位のペナルティ制度と、受け入れに成功した自治体への交付税増加制度を導入した。

こうした政策はNHSと社会サービス部門がサービスの連携を推進し、病院と在宅の「すき間」を埋める効率的なサービスを提供することにより利用者の満足度を高めるとの一定の評価がされている⁵⁾。

こうしてイギリスの抱える課題や取り組みをみていくと、わが国の医療と福祉は別立ての法律、財源、制度により運営されて縦割りになっているが、その一方でイギリスとわが国が直面している課題には多くの類似性があることにも気づく。したがって、イギリスの中間ケアへの取り組みは、病院から在宅への転換が進められているわが国における医療福祉サービス全体のシステムを考えるうえで示唆を与え得るものと考えられる。

このような問題関心から本稿は、イギリスの中間ケアに

における高齢者医療福祉サービスの現状と課題を明らかにすることを目的として海外文献を検討する。

なお、日本においては中間ケア (intermediate care) という言葉は甚だなじみが薄い。アメリカではintermediate careは老人ホームの一種であるintermediate care facilitiesで実施されるケアを指す⁶⁾。しかし、本稿でいう中間ケアとは1990年代半ば以降にイギリスで始まった新しい概念としての中間ケアを指し、基本的にイングランド内での施策を対象としている。

II 文献の選定と検討方法

文献の選定方法は、文献データベース・ポータルEBSCO-hostを用い、キーワードは「intermediate care」として検索を行った。検索結果は186件であった。また、ProQuest Medical Libraryを用いてキーワードを「intermediate care」「NHS」とし、年齢を65歳以上で絞込み検索した。検索結果は26件であった。さらにPubmedにて「intermediate care」「UK」「older people」をキーワードとして検索した結果、48文献が検出された。なお、検索対象期間は全て2000～2008年とした。

それらの題目や要旨を含む書誌事項を概観し、総説およびスコットランドと北アイルランドでの調査を除いた。そして、中間ケアの目的に沿い「不必要な入院の回避への取り組み」、「利用者の自立支援」、「費用に関する現状」と、実践状況を把握するために「サービス提供者への影響」について記述された17文献を検討対象とした。

III 結果

対象17文献は多分野にわたり、在宅医療福祉が8文献、医療・看護マネジメントが3文献、看護学が2文献であり、その他、インタープロフェッショナル・ワーク、医療経済、社会政策、医学ジャーナルに関するものが各1文献であった。検討対象文献ごとに書誌事項、概要をまとめたものが表1である。

1. 不必要な入院の回避への取り組み

中間ケアの目的の1つである不必要な入院の回避には、早期退院と再入院防止のための2種類のサービスがある。そのサービスを利用者の生活の場で分類すると、30ヶ所のPCTでの調査では、35%が施設型、42%が在宅型（通所型を含む）、残りが混合型となっている⁷⁾。

まず、施設型NSFサービスモデルの入所リハビリテーションでは、プログラム（6週間）の再入院防止の効果は明らかではないが、早期退院は急性期病院からリハビリテーション・ユニットに移動することにより実現していた⁸⁾。しかし、急性期病院の高齢者病棟では患者の約1割が⁹⁾、また別の地域の高齢者精神科病棟でも急性期患者の約3割が中

間ケアを必要としているが住居の維持管理の必要性や不慮の自傷行為などのためにサービス利用ができていなかった¹⁰⁾。

次に、NSFサービスモデルの在宅医療サービスの一例として、呼吸器疾患患者への中間ケアチームでは、アセスメントと肺理学療法への介入や自己管理のための教育により再入院を防止し、退院支援としても同様のサービスや短期間の訪問介護の導入をすすめて平均2日間の入院期間短縮を実現していた¹¹⁾。しかし、多くの患者が迅速なケアマネジメントや24時間ケアによるサービス提供を必要とする中で、約2/3のPCTでは24時間ケアを提供しておらず⁷⁾、多くの高齢精神科患者も24時間のケアを必要としているにも拘らず現状の在宅医療サービスでは充足できない事が指摘されていた¹⁰⁾。

このような中、退院遅延や緊急再入院が少ない組織の成功要因は¹²⁾、まず退院遅延状況と取り組みの監視、医療と社会サービスの両組織による合同退院会議の効果的な実施があった。また、病院救急部門の短期滞在ベッドの設置、急性期病棟入院前の医療社会サービスの必要性のアセスメント、および中間ケアのスタッフによる急性期ケア以外のサービス活用促進のための定期的巡回、などがあげられていた（NSFサービスモデルの迅速なサービス提供）。さらに、病院の退院コーディネーターは継続ケアの必要性を判断する看護師を援助して、退院準備の進捗状況を監視していた（NSFサービスモデルの支援された退院）。このように各部門や職種が連携してより効率的な共働を可能にするシステムの運用が、コミュニティケア（退院遅延等）法によるある種の緊張感の中で行われていた。

以上のことから、中間ケアは急性期病床の確保を目的として発展途上にあるが、サービスの提供体制や活用が不十分な現状では、不必要な入院の減少は一定の成果を示しているという報告の一方で地域や施設によりかなりの差がみられる。

2. 利用者の自立支援

中間ケアの目的の2つめは、利用者の選択の拡大と個人のニーズに対応したサービスを行うことによる、心身の最大限の自立支援にある。

まず、5つのNSFサービスモデルを様々な組み合わせで数日から数ヶ月間利用した患者の調査では、利用者ニーズとサービス選択の決断が考慮され、複数サービスの利用調整をしながら支援がなされていた¹³⁾。サービス提供者は、中間ケアでは利用者中心の柔軟な対応を行い、自立促進の機会を提供していると評価されていた¹⁴⁾。また利用者本人への調査でも、中間ケアサービスは有益で協力的なサービスであると感じていることが報告されていた¹¹⁾。さらに5ヶ所のPCTの患者記録の分析から、特に健康状態が悪く依存度が高い患者が適切なサービスを利用する場合に、健康と機能の回復効果がより高い傾向にあることも明らかにされていた¹⁵⁾。

しかし、近年の調査では、サービス利用のために別のユニットや施設に移動することが虚弱な患者に混乱を与える¹²⁾ リロケーション・ストレスの問題を発生させている点や、利用者個人のニーズやゴール、評価についてのサービス提供者による認識不足が指摘されるようになった¹⁶⁾。これらの点は、若年者に比べて環境への適応や病状回復の程度や、それに要する時間などに個人差がある高齢者が主な利用者である中間ケアの大きな課題となっている。

このような中間ケアの利用者へのプラスの効果とマイナスの影響をサービス提供者はよく理解し、個人を中心としたケアマネジメントとサービス提供をしていくことが課題であり、入院の長期化にともなう悪循環を自立への好循環へと改善することが期待されている。

3. 費用の抑制効果

保健医療費の抑制は中間ケアの目的の根底にあり、費用・効果は中間ケアの現状をとらえる際には重要な視点である。また、財源と人的資源やインフラストラクチャーの関係は、サービス提供能力をめぐる問題につながり、中間ケア全体のシステムに大きく影響を及ぼす。

在宅型を中心とした中間ケアチームの充実したケアマネジメントで、施設型に比べて費用が安く、人的物的資源の前者への充足による費用抑制効果が予測されていた¹¹⁾。また、看護主導ユニットでの費用および退院後の地域サービスの費用は中間ケアを利用しない場合より安くても、在院日数自体の伸びにより病院滞在費用はより高くなることが報告されていた¹⁷⁾。また、入所リハビリテーションの利用で入院期間の短縮と費用の抑制がなされても、長期的には通常の地域サービスと比較して費用抑制効果は認められず、結局は社会サービス部門の費用負担を増加させていた¹⁸⁾。さらに、在宅型中間ケアの推進に伴う住宅費用は一般的に社会サービス部門や個人が負担し、患者送迎費用やインフォーマルな介護者の時間と所得の喪失に関連する費用などの追加費用があり¹⁹⁾、公費削減の結果として利用者負担が増加するという課題が残る。

また、サービス能力の不足やアクセスの不十分さは、中間ケアに必要な財源やインフラストラクチャーの不備が一因にあり⁹⁾ ¹²⁾ ¹⁴⁾、サービスの提供体制が整わない地域や組織では中間ケアの成果は十分ではなかった²⁰⁾。

他方では、1年間（2253件）の中間ケアサービスの利用調査からは、中間ケアの適応外の患者が47%を占めていたとの報告もあり、信頼性のある利用基準のもとで限られた資源の有効活用をすることも課題となっていた¹⁵⁾。

以上のことから、在宅型の中間ケアは施設型よりも費用がかからず、再入院予防は退院支援よりも費用が安いことが予測できる。しかし、中間ケアサービスの本質は資源の充実を前提として急性期医療分野で費用削減効果をもつ点にあるが¹⁷⁾、社会サービスおよび個人に費用負担を転嫁することとなる。

4. サービス提供者への影響

中間ケアでは様々な職種がサービス提供にかかわっており、医療と社会サービスのチーム・組織レベルの多職種間連携が不可欠である。ここでは看護職を中心にその機能や役割から中間ケアがサービス提供に携わる専門職にどのような影響を及ぼしているかについて検討する。

看護師は中間ケアにおいて、アセスメントの実施、医療的な側面の責任、チーム管理²¹⁾、在宅では幅広い管理、などの役割を負っている²²⁾。その中で看護師は、ケア理念の実現や自律性の向上を自覚し、特に、迅速なサービス提供をする中で実践能力が直接患者に好影響を及ぼしていると感じ高い職務満足度を享受していた²²⁾。これは、イギリスの看護師が、日本では医師の業務である薬剤処方（抗生物質など約180種）や検査・診断・治療（心電図による診断、静脈注射）なども行うため、より広範囲の能力が求められている点も関係する。多職種が協働する環境で互いに働き掛け合いながらサービスを提供することは、組織的な境界を超えて柔軟な役割を担い¹⁴⁾、その専門性を高めて発揮する機会となり、スタッフの成長にもつながっていた¹⁶⁾ ²¹⁾。

しかし、中間ケアに携わる看護師はその役割はGPや病院の看護師、理学・作業療法士に理解されていないと感じている一方で²²⁾、他職種は、看護師はコミュニティケア（退院遅延等）法を十分に理解していないと指摘していた¹²⁾。さらに、医療と福祉機関の協働不足、一部の医療スタッフの支援や熱意の欠如¹⁴⁾などの問題も報告されていた。

また、効果的な連携と効率的で質の高いサービスの提供を実現するためには、専門分野の適切なトレーニング²¹⁾による実践能力の向上が不可欠である。各サービス機関が小規模な中間ケア領域では、ローテーションや、管理ポストへの道や専門化の機会を増やすなどによりインセンティブを高める必要性が指摘されていた²²⁾。

このように中間ケアは、サービス提供に携わるスタッフにとっても良い影響が認められる。今後の中間ケア・ニーズの拡大に対応するためには、医療と社会サービスの連携と専門職者の協働が重要であると考えられる。

IV 考 察

1. 中間ケアの課題

以上の検討から中間ケアの発展課題は、次の4点にまとめることができる。第一は、専門職者の協働による医療と社会サービスの連携である。例えば児島²³⁾もソーシャルワーカーへの聞き取り調査から、医療がすすめる早期退院と専門職としての価値観とのバランスが難しいと指摘している。互いの役割を理解し、理念や目標が共有されていないければ、実践レベルでは政府のガイドラインに沿ったサービス提供も困難となり、医療と社会サービスの間には緊張感や対立が生じる事になるだろう。

第二は、中間ケアから長期ケアへのスムーズな移行があ

表 1 中間ケアに関する文献一覧

著者 (発表年) 調査地	調査目的／方法	結 果	問題点／今後の課題
Martin <i>et al</i> ⁽⁷⁾ (2007) England	・中間ケアの現状把握を目的に2003～2004年、PCT30ヶ所の中間ケア・コーディネーターと高齢者への中間ケアの提供組織にアンケートを実施した。	①多くの供給は急性期の一段階としての中間ケアよりも、むしろ退院支援サービスに集中していた。②38%のPCTは24時間対応の在宅ケアを提供していた。③中間ケアの有効性は不明確であった。	＜問題点＞中間ケアの実践と、NHS改革の一部としての政策目的と根拠、そして高齢者ケアとリハビリテーションへの新しいアプローチの拡大との関連について問題提起されている。 ＜課題＞多様な実践と、複数の機能やより広範なサービスの発展の為に、どのように政策が実現できるか等のアイデアを得る必要がある。
Trappes- Lomax <i>et al</i> ⁽⁸⁾ (2006) Devon, England	・NHSと社会サービス部門合同の病院を退院後、高齢者入所リハビリ・ユニットと通常の地域サービスのリハビリ効果の測定を目的に、1999～2001年に6週間の介入試験。サービス終了時の施設化予防の評価、6ヶ月後と12ヶ月後の再入院、適応能力とQOLを測定した。	①平均81.8歳、短期リハビリテーション・プログラム効果が期待できる介入群94人、非介入群112人。②両グループの「在宅期間」「再入院までの期間」「QOL(SF-12)」などの結果には明らかな差はみられなかった。③リハビリテーション・ユニットに移動することで、地区病院からの早期退院は実現していた。	＜問題点＞リハビリテーション・ユニットに滞在することは、通常の病院及び長期ケアにおける高齢者ケアと比べて、再入院の防止や患者の自立支援には特に効果はない。 ＜課題＞①異なる組織的な介入により、異なる長期的成果がみられるか検討の余地がある。②異なるリハビリテーションの提供の場は、異なるニーズや優先度をもつ個人に役立つか検証が必要である。 ③利用者である高齢者自身の声による評価が求められる。
Young <i>et al</i> ⁽⁹⁾ (2003) England	・亜急性期中間ケアのニーズを判定する目的で、5つの地域一般病院の高齢者病棟の12ヶ月間の入院患者について調査した。	・1211人の急性期入院患者のうち、997人は医学的に安定し、約26%は回復期のケアの必要性が考えられ、約21%は中間ケアのリハビリテーションが必要であった。	＜課題＞高齢者ケアでは、1/4以上の急性期入院患者は、地域の総合病院の中間ケア高齢者病棟への収容力が不足しているために、一般病院の（急性期）高齢者病棟に滞在していた。
Paton <i>et al</i> ⁽¹⁰⁾ (2004) —	・精神科の中間ケアベッドの果たす役割について、高齢者精神科病棟に入院中の91患者（65急性期患者、26継続ケア患者）を調査し、検討した。	①入院理由は、急性期患者のうち46%が退院遅延、29%が中間ケアの適応（そのうち53%は認知症）、17%が入所にまつわる経済的問題による退院遅延者であった。②中間ケアの適用者の未充足のニーズは、多い順に住居、自宅の維持、日常生活援助、不慮の自傷行為であった。	＜問題点＞①不適切な急性期入院ケアを減らす必要があり、資源投入が重要である。②多くの患者が24時間のケアが必要であり、在宅サービスでは充足できない。 ＜課題＞①中間ケアは切れ目のないケアの提供を支援するとともに、サービス評価が必要である。②急性期精神科ケアからの高齢者の退院支援では、中間ケアによる治療的リハビリテーションの提供には困難な課題はあるが、患者にとっては利益があり現状のシステムよりは良い1つの解決方法といえるだろう。
Ward <i>et al</i> ⁽¹¹⁾ (2005) Oxford, England	・2003.3～2004.12月、複数機関の他職種連携による中間ケアモデルを明らかにする為、呼吸器中間ケアチームの502事例の状況および159患者に質問紙調査をした。	①ケアマネジメントの充実により平均2日間の入院期間短縮と1床につき300ポンド/日の節約がされた。②質問紙の回収率55%。呼吸器疾患専門の中間ケアチームは価値ある協力的なサービスだと患者は感じている。	＜課題＞十分なスタッフと収容能力を検討すれば、調査実施都市では10万ポンド/年の節約が可能である。
Baumann <i>et al</i> ⁽¹²⁾ (2007) England	・退院遅延法施行後の、退院遅延と緊急再入院が少ない成功事例の要因を検証する。 ・1998～2002年、社会サービス、急性期トラスト、中間ケア、PCT等6ヶ所に所属する42スタッフ（医師、管理者、看護師以外の運営スタッフ）に半構成的面接を行った。3病院から退院直後の高齢者164人に依頼し12人に構造化面接をした。	①各機関内ではより効率的な共働を可能にする取り組みがされていた。②取り組みの監視と複数部局管理者による合同退院会議を実施していた。③病院救急部門は短期滞在ベッドを設置して急性期病棟入院前にサービスの必要性を評価・アレンジし、中間ケアスタッフは急性期ケア以外の活用促進の為に定期巡回をしていた。④病院の退院コーディネーター/チームは、1. 入院から退院までを監視、2. 看護師による継続ケアの必要性の判断を援助、3. 看護師の退院準備のを監視していた。	＜問題点＞①退院待機時に同敷地内等の短期滞在施設に患者を移動させる等、複数回の移動は虚弱な患者を混乱させる。②最も重要な問題は精神疾患患者ケアのスタッフとサービスの量的不足、看護師の退院遅延法に対する理解不足であり、ほとんどの現場で認められた。 ＜課題＞①全国的なスタッフおよび患者・介護者の退院経験からケアの質や成果に不満はないか等を検証し、より効果的な退院調整を探索して明確なエビデンスを示すことが求められる。②研究の限界は、1. 退院に関する高齢者の体験をデータ化できず成果への不満等が未評価、2. 退院の影響要因よりも退院遅延法による変化を重視しておりインタビューデータが不十分、3. スタッフ看護師について未調査、4. 連携やコミュニケーションの視点を排除、している等があり今後の課題である。
Moore <i>et al</i> ⁽¹³⁾ (2007) North England	・中間ケアのケーススタディ評価としてデータ収集した。 ・2002～2003年の5地域の15社会サービス部門/PCTからの中間ケア利用者400人の利用状況データと、153人の退院後6ヶ月間のサービスの利用状況を分析した。	①6か月後には75%が在宅生活を継続し、状態悪化などにより25%が死亡・入院・入所等していた。②6か月後の自宅でのサービス利用の機会は、入所サービス利用経験者、男性、75歳以上の人で有意に減少していた。③利用者ニーズもサービスの選択と決断の際に考慮され、複数サービスの利用調整に向けて中間ケアが発展していた。	＜課題＞いくつかの施設では医療と社会サービス部門と他のサービス間の調整が発達していたが、さらに連携の概念の議論を深めるとともに、実践ではより統合されたサービス・ネットワークの構築に取り組む必要がある。
Regen <i>et al</i> ⁽¹⁴⁾ (2008) England	・2003～2004年、高齢者への中間ケアに関する見解を知るため、合計5か所のPCT、急性期、社会サービス部門の運営スタッフと管理者合計61人に半構造化面接、医療分野からの21人にフォーカスグループ・インタビューを実施した。	①中間ケアの発展の為に最も問題と語られたのは、労働者と予算の不足、医療と社会サービス部門の協働不足、一部の医療スタッフの支援や熱意の欠如であった。②利用者の利益として、柔軟な対応、利用者中心、自立促進が語られていた。③学際的チームワークと柔軟な役割機会がスタッフにとっての重要な利益として語られた。	＜問題点＞①不十分な収容力、アクセスの問題、サービス調整の乏しさ、「主流」のサービスと中間ケアとの統合の不十分さが主な弱点である。 ＜課題＞①利用者やスタッフへの利益が語られてはいるが、医療福祉システムの範囲内で最大限に中間ケアが効果を発揮していくべきである。②収容力と労働人口の強化、機能している全てのシステムの改善、医者と専門職との間での中間ケアの促進が、優先事項である。

表1 中間ケアに関する文献一覧(続き)

著者 (発表年) 調査地	調査目的/方法	結 果	問題点/今後の課題
Kaambwa <i>et al</i> ⁽¹⁵⁾ (2008) UK	・2003～2004年、都市部と郊外の5ヶ所のPCTから、異なる患者グループ2253件の中間ケアサービスの記録をから費用と成果の違いを検証した。	①退院支援、入院回避サービスは従来より低費用であり、健康と機能回復の成果は大きい。②より依存度が高く健康状態の悪い患者が最も恩恵を受け、さらに適切なサービスの利用例でその傾向がより強かった。	＜問題点＞47%の患者が保健省の基準では、中間ケアサービスの利用には適応外の患者であった。 ＜課題＞①中間ケア利用のための信頼性のある臨床基準の適用が必要である。②患者の選択と、病院と地域のサービス提供者の連携の推進をすすめる。③臨床的なニーズに対応するサービスが必要である。
Thomas & Lambert ⁽¹⁶⁾ (2008) Wales	・中間ケアチームの連携やスタッフの認識を明らかにする為に、2つのフォーカスグループ・インタビューと、9ヶ月間の中間ケアチームの非参与観察とインタビューを行った。	①専門職間の実践は、責任の共有、サービス・コーディネート、他組織や衝突する分野を理解することにより解決している。②医療福祉システム他組織への照会数の減少から、組織的な境界を超えてサービスを提供していることが示唆された。	＜問題点＞①従来の指標(可動性、死亡率、感染率、予期せぬ再入院など)では成果の測定はできない。②相違点や多様性によって特徴づけられた個人のニーズやゴールについての認識や評価ができていない。 ＜課題＞①管理者はシステムと構造の評価に関心をもたねばならない。②サービスを表現し効果の計測を可能にすることが、他職種連携による中間ケアには重要である。
Harris <i>et al</i> ⁽¹⁷⁾ (2005) —	・急性期病院内の中間ケアの看護主導ユニットの費用効果と将来の持続可能性について評価した。 ・1997～1998年の20ヶ月間、175参加者(介入群89人、対照群86人)によるRCT。費用資料を分析し、臨床効果はユニット紹介時と退院時に機能的評価を実施した。	①看護主導ユニットの1日の費用は安い、在院日数自体の明らかな伸びに伴う病院滞在費用はより高かった。②退院後の地域ケアのコストは従来のサービスに比べて、より安かった。	＜問題点＞①ベッドの利用調整の為に適応外の患者を受け入れたり、専属の医療チームを持たないために、臨床的なリスクや患者の安全性への影響が考えられる。②長期に渡る人員不足があり、安定したチーム作りが難しい。③急性期病院内の中間ケアサービスは、地域の中間ケア構造に比べて施設の諸経費の為に常に高い。 ＜課題＞中間ケアは、在宅基盤、施設基盤、看護主導ユニットのどれかであり、今後は患者と介護者の為および長期的費用と健康への恩恵の、双方への持続可能性の為に費用に特に注意を払い、複数の組織が協力して課題に取り組む為の広範な評価手法が求められる。
Ellis <i>et al</i> ⁽¹⁸⁾ (2006) Devon, England	・NHSと社会サービス部門合同の地区病院を退院後、高齢者入所リハビリ・ユニットと通常の地域OTサービスの費用効率を明らかにする為に、6週間のリハビリ・プログラムの介入試験。介入群94人、非介入群112人。1999～2000年。	①両グループの費用は似通っており、高齢者入所リハビリテーションは、地区病院からの退院後1年以上では、通常のコミュニティ・サービスに比較して費用効率はみられない。	＜問題点＞(5つのNSFサービスにとどまらず)実際には24の分割されたサービスを利用し、それぞれの完全なデータはなくデータ欠損がある。 ＜課題＞①組織的なアプローチによる介護施設リハビリは、包括的な自立支援により早期の退院を可能にするともに、入所リハビリの費用削減の可能性はある。しかし、その際の社会サービス部門の費用負担は増加し、NHSと社会サービス部門の利益と負担は、結局どちらかが担わなければならない。
Mayhew & Lawrence ⁽¹⁹⁾ (2006) London, England	・中間ケアの評価モデルを試用し中間ケアの提供と費用の変化を評価した。2001年にワークショップを開催し、保健省の分類により患者を5段階、ケアを12種類に分け、地方自治体と国の費用を評価した。	①地区の医療環境や異なるサービスでの適用が必要だが、一般的実質的な指標となることが示された。②住宅には社会サービスもしくは個人の費用が一般的には使われている。③評価モデルに示される以外に、追加の患者輸送コストがかかっている実態がある。	＜課題＞①インフォーマルな介護者の時間と所得の喪失に関連する追加のコストもかかっている。②モデルの提供する経済効果は、合理的な計画と経済性が結び付けられた一定期間にわたる手法を一貫して適用することにより、健康経済学への蓄積に寄与することだろう。
Jacobs & Kirstein ⁽²⁰⁾ (2002) England	・中間ケアの現状を評価。 ・1999～2000年(1次調査)、72PCG*/Ts 内の570ナースingホームの管理者に電話調査を行い、2000年(2次調査)72PCG*/Ts内の1次調査協力者の中の42人に90分の半構造化インタビューを実施し、グラウンデッドセオリー分析をした。	①ナースingホームの医療サービス提供はNHSの資金不足の為に、ナースingホームの中間ケア・リハビリテーションを阻害していると語られた。②NHSのリハビリテーション・サービスの不足の為に、民間サービスを購入しなければならない入所者が、その費用負担を強いられると語られた。③医療・看護サービスの充実、中間ケアの成功に不可欠なことが語られた。	＜問題点＞①継続医療の障壁である診療記録送付の遅れは、GP-病院-コミュニティ間にある。②高齢者医療専門医のGP登録については、老人ホームの短期入所中間ケア提供者にとって、特に問題である。 ＜課題＞ナースingホームのケアの質を監視するとともに、医療と設備への資金提供をするか、ナースingホームに財政責任が与えられる必要がある。そうでなければ、退院遅延の問題を単に独立セクターの他の問題にすりかえる役目をし、意図されるような高齢者の機能的自立を回復することはできない。 *PCG:PCTの前身
Nancarrow ⁽²¹⁾ (2004) —	・サービス提供者の役割の境界への中間ケア・サービスの影響を検討する。 ・半構成的面接法で異なる中間ケアからスタッフ26人(PT、OT、NS、SW、補助者)にインタビューした。	①理学・作業療法士と看護師は対等であり、他職種の役割を理解して自分の専門分野の自信を高めることが役割の重複を恐れないことにつながっていた。②看護師は役割を医療的な責任、アセスメント、チーム管理にあると捉えているが、他職種からはそのように認識されていないと語った。	＜課題＞①多職種が協働する環境での限られた人的資源の中で、役割の重複は協働訪問と実践の分担を通して活躍の場を広げる可能性を秘めている。②より専門的な役割を成功させるには、適切なトレーニングが必要である。
Nancarrow ⁽²²⁾ (2007) South Yorkshire, England	・中間ケアサービスの影響をスタッフの職務満足度、技術の向上、キャリア開発機会について探求することを目的とし、2つの中間ケアサービスからスタッフ26人にインタビューを実施した。	①ケア理念の実現、自律性の向上、ケアの環境、現在のチームについて高い職務満足度を示した。②看護師は薬の管理、ケア計画の立案、日常生活援助などを結果的に犠牲にして、中間ケアでは幅広い管理的役割を負っていると語った。③GPや病院の看護師、理学・作業療法士に看護師は中間ケアでの役割を理解されていないと語った。	＜課題＞①中間ケアでのキャリア開発は、スタッフの関心を高めるための急性期、地域、中間ケアでのスタッフ・ローテーションを通して行えるだろう。②非階層的な経営組織範囲での管理的なキャリア開発の機会の代わりに、中間ケア内の上級管理ポストや専門化することを通じて専門的な成長の機会を増やす必要がある。③中間ケアサービスが新しい分野の為に、サービスの小規模さや明瞭な職業構造の不足に起因したキャリア開発の機会があまりない。

る。6 週間の中間ケアという制限内では従来のサービスと比べて特別の効果はみられず、個人の決定とニーズ主導のサービス提供が打ち出されている²⁴⁾が個別ニーズの検討が不足していた⁸⁾。高齢者は身体状況の回復や環境への適応に若年者よりも時間がかかり、その個人差も大きい。中間ケアサービスの期間制限は、不十分なりハビリテーションの為に結果的に早期の再入院をまねく等、高齢者の入院を増加させる悪循環に陥る恐れがあるので、在宅療養に移行した後もサービスの充実を図ることが必要である。なお、NSFサービスモデルの退院支援と迅速なサービス提供は目的と提供の場は異なるが内容的に大変似ているため、実際の差は明確ではなく同じスタッフやチームが提供していることも多い。

第三は、財政不足がサービス提供に支障をもたらしている点である。中間ケアは大規模な投資がされて始まったが、サービスによる費用の抑制効果は明らかではなく、財源不足はスタッフ不足や良質のチーム形成を困難にし¹⁴⁾¹⁷⁾、その結果、中間ケアの発展を妨げていた。このような中で、国から自治体への財源の移譲によるインセンティブの付与は、制度がさらに効果的に発展していくための一つの方向を示している。

最後は、中間ケアという概念を具体化するサービスの評価基準に偏りがあり、利用者の視点が欠如している点である¹⁶⁾。政策の評価にはさまざまな種類があり、その実践への取り組み、成果、実施の適切性、費用効果などがその視点として一般的に挙げられるが、リサーチデザインを複数組み合わせることで効果の計測を可能にすることが望ましい。

以上のような課題はあるが、イギリスの中間ケアは従来の医療と社会サービスの法律、財源、制度などには手をつけず両者をつなぐ新たな政策とサービスを創設すること²⁵⁾により、それらの連携・統合を進めようとしており少しずつ成果を上げつつある。

2. 日本の高齢者医療福祉サービスへの適用の可能性

わが国でも、病院の機能分化と在院日数の短縮化が進められ、急性期病院からの早期退院のためのマネジメントとして、地域連携クリニカルパスと診療報酬による退院奨励などが行われているが、連携は限られた範囲にとどまる。イギリスではコミュニティケア（退院遅延等）法によるペナルティや報奨としての予算付与のようなマクロマネジメントの取り組みが始まっている。しかし、ペナルティ制度自体はマイナスの影響も多く、わが国の医療・福祉サービスの監督機関や財源を考えると、同様の制度をそのまま取り入れることは難しい。だが、居宅介護支援事業者に退院援助の責任を義務付けるなどの、類似の制度を検討する余地はあるだろう。

また、わが国の在院日数はイギリスなど欧米より長いいため、退院遅延の減少を目的とした中間ケアの取り組みも参考になる。わが国でも退院計画における関連部署や職種の

責任をより明確化し、時間軸に沿ってアセスメントや退院日の決定を進めることは有効であろう。特に、クリニカルパスにのらない高齢者などの退院については、病院内だけにとどまらない連携システムの構築を検討できるだろう。

さらに、わが国では医療・福祉・住宅供給など地域に密着した問題は分断されてきたが、イギリスでは政策として中間ケアを実施することで、概念のあいまいさは残るが総合的に把握する視点を提供し、評価を試みながら改革を進めてきた。わが国でも、国・自治体レベルの医療計画、介護保険事業計画、地域ケア整備指針の作成を進める中で、計画を共同で立案し実行するために財源を共有できれば、総合的な取組が推進されるであろう。

最後に、イギリスの中間ケアのあり方はわが国の医療的な側面中心の短期的な支援から、慢性疾患や障がいを抱える高齢者の生活支援までも視野に入れたシステムアプローチへの転換に示唆を与えている。中間ケアでは、高齢者の自立支援の評価に利用者の視点の不足があり、個別のニーズに十分対応できていないために中長期的な視野に立った支援は行えていないことが指摘されている。しかし、中間ケアの提供者としてGPを含めたプライマリケアチームが、高齢者を中心とした家庭に近いところで医療と福祉を連携する鍵となっていた。GPはプライマリケア専門医であり日本の開業医とは異なるため、わが国でその機能と役割を補うためには看護職の活躍が益々必要となる。具体的には、医師と連携・協働して慢性疾患などをもつ患者に初期診察や一般的な検査を行い、必要に応じて薬剤を処方するなどしながらプライマリケアを実施するナースプラクティショナーのような制度も視野に入れる必要がある。そして、看護職の活動は医療福祉を包括したシステム全体の一部であり、サービス利用者を中心に全ての関係者が相互に関連していることを理解し、行動が他に与える影響を考えながら多職種連携によるアプローチを中長期的視野で行うことが重要である。結果的には、このことがより効率的・効果的に個別のニーズに対応することにもつながるといえる。

今後も中間ケアの動向を注視しながら、わが国でも制度導入の検討を重ねていく必要があると思われる。

引用文献

- 1) 厚生労働省：第4章これからの健康づくりと医療－医療構造改革の目指すもの－，厚生労働省（編），平成19年度版厚生労働白書医療構造改革の目指すもの，ぎょうせい，東京：97-102, 2007.
- 2) 伊藤善典：第2部 NHS 改革，ブレア政権の医療福祉改革 市場機能の活用と社会的排除への取組み，ミネルヴァ書房，京都：50, 2006.
- 3) Department of Health (DOH)：The NHS Plan；a plan for investment；a plan for reform. Department of Health, London, 2000.

- 4) Department of Health (DOH) : National Service framework for older people. Department of Health, London, 2001.
- 5) Intermediate Care National Evaluation Team (ICNET) : A National Evaluation of the Costs and Outcomes of Intermediate Care for Older People, Executive Summary. Intermediate Care National Evaluation Team, Birmingham, 2006.
- 6) 中島恒雄：「中間ケア」(intermediate care)という用語の表す意味について－日本、アメリカ、イギリスでの用法の相違－, 日米高齢者保健福祉学会誌. 1 : 241-245, 2005.
- 7) Martin GP, Hewitt GJ, Faulkner TA, et al.: The organisation, form and function of intermediate care services and systems in England ; results from a national survey, Health and Social Care in the Community. 15 (2) : 146-154, 2007.
- 8) Trappes-Lomax T, Ellis A, Fox M, et al.: Buying Time I ; a prospective, controlled trial of a joint health/social care residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital, Health and Social Care in the Community. 14 (1): 49-62, 2006.
- 9) Young J, Forster A, Green J: An estimate of post-acute intermediate care need in an elderly care department for older people, Health and Social Care in the Community. 11 (3): 229-231, 2003.
- 10) Paton JM, Fahy MA, Livingston GA: Delayed discharge - a solvable problem? The place of intermediate care in mental health care of older people, Aging & Mental Health. 8 (1): 34-39, 2004.
- 11) Ward S, Barnes H, Ward R: Evaluating a respiratory intermediate care team, Nursing Standard. 20 (5) : 46-50, 2005.
- 12) Baumann M, Evans S, Perkins M, et al.: Organisation and features of hospital, intermediate care and social services in English sites with low rates of delayed discharge, Health and Social Care in the Community. 15 (4) : 295-305, 2007.
- 13) Moore J, West RM, Keen J, et al.: Networks and governance: the case of intermediate care, Health and Social Care in the Community. 15 (2): 155-164, 2007.
- 14) Regen E, Martin G, Glasby J, et al.: Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care; results from five UK case study sites, Health and Social Care in the Community. 16 (6): 629-637, 2008.
- 15) Kaambwa B, Bryan S, Barton P, et al.: Costs and health outcomes of intermediate care; results from five UK case study sites, Health and Social Care in the Community. 16 (6): 573-581, 2008.
- 16) Thomas V, Lambert S : An ethnographic study of intermediate care services in Wales ; the hidden work, Journal of Nursing Management. 16 : 181-187, 2008.
- 17) Harris R, Richardson G, Griffiths P, et al.: Economic evaluation of a nursing-led inpatient unit ; the impact of findings on management decisions of service utility and sustainability, Journal of Nursing Management. 13 : 428-438, 2005.
- 18) Ellis A, Trappes-Lomax T, Fox M, et al.: Buying Time II : an economic evaluation of a joint NHS/Social Services residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital, Health and Social Care in the Community. 14 (2): 95-106, 2006.
- 19) Mayhew L, Lawrence D : The costs and service implications of substituting intermediate care for acute hospital care, Health Services Management Research. 19 : 80-93, 2006.
- 20) Jacobs S, Kirstein R: Nursing Homes in England and their Capacity to Provide Rehabilitation and Intermediate Care Services, Social Policy & Administration. 36 (7) : 735-752, 2002.
- 21) Nancarrow S : Dynamic role boundaries in intermediate care services, Journal of Interprofessional Care. 18 (2) : 141-151, 2004.
- 22) Nancarrow S: The impact of intermediate care services on job satisfaction, skills and career development opportunities, Journal of Clinical Nursing. 16 : 1222-1229, 2007.
- 23) 児島美都子：第2部中間ケア－医療と福祉の統合, イギリスにおける中間ケア政策－病院から地域へ－. 学術出版会, 東京 : 167-180, 2007.
- 24) Commission for Social Care Inspection, Chapter 4 Different approach to individual resource allocation and rationing, Commission for Social Care Inspection: Cutting the cake fairly; CSCI review of eligibility criteria for social care. Commission for Social Care Inspection, London: 60, 2008.
- 25) 金子努：第1部中間ケア研究－第4章中間ケアの成果, 杉崎千洋（編）, イギリスにおける医療・福祉サービス連携による質確保と予算管理システムに関する研究. 科学研究費補助金研究成果報告, 島根 : 26-27, 2007.